

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 129

DU
PALPER-MASSAGE
comme Moyen de Diagnostic en Gynécologie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Avril 1902.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRY DE CAMPREDON

Né à Genolhac (Gard), le 8 Juillet 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 129

DU
PALPER-MASSAGE

comme Moyen de Diagnostic en Gynécologie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

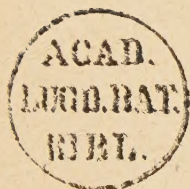
Et soutenue publiquement le 16 Avril 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRY DE CAMPREDON

Né à Genolhac (Gard), le 8 Juillet 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.	}	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	}	GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	}	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.	}	MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ
Anatomie.	}	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.	}	LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe	}	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.	}	TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	}	MAYET.
Médecine légale		TRAPIER.
Hygiène.	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET. —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, Dr ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président; M. CONDAMIN, Assesseur;
MM. VALLAS et FABRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MERE

*Je dédie ce travail en témoignage
de reconnaissance et de pro-
fonde affection.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PRÉFACE

Voilà bien venue la fin de nos études de médecine ! Ça n'est pas sans une certaine émotion que nous disons adieu pour toujours à la vie d'étudiant pour aller commencer une existence nouvelle qui réserve toujours des inconnus et des surprises aux plus robustes et aux plus forts ! Vie d'insouciance et de liberté tôt remplacée par une existence de préoccupations et de responsabilités journalières ! Hélas ! C'est la loi inexorable de l'évolution qui le veut ainsi : les enfants d'hier sont les hommes de demain ! Mais, avant de partir, nous avons des dettes de reconnaissance à payer : nous saisissons bien vite cette occasion pour nous en acquitter.

Notre première pensée va droit à notre père qu'une maladie rapide enleva sans que nous ayons même eu l'ultime consolation de lui prodiguer nos soins de fils dévoué. Nous aurions voulu ardemment lui donner cette dernière satisfaction, la soutenance de notre thèse, complément de nos études médicales : Nous ne l'avons pas pu, retardé par des circons-

tances indépendantes de notre volonté. En tout cas, nous profitons de cette occasion pour rappeler son pieux souvenir qui restera toujours présent à notre mémoire.

Notre mère a droit à notre reconnaissance pour l'amour dont elle nous entoura toujours, une sollicitude de tous les instants, un dévouement sans bornes ! A elle sûrement, nous devons le meilleur de notre esprit et de notre cœur ! Nous sommes heureux de l'en remercier ici.

Nous ne saurions non plus passer sous silence nos maîtres de la Faculté de Lyon. Que M. le professeur Fochier, notamment, reçoive nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous devons une mention spéciale à M. le docteur Repelin, aide de clinique gynécologique qui nous soigna avec une bienveillante bonté pendant une pénible maladie contractée au début de nos études de médecine. Depuis, il nous ouvrit tout grand son intérieur et nous donna pendant cinq ans de séjour à Lyon, l'illusion de la famille absente. Entre temps, il nous initiait, à la Charité, à l'étude des maladies des femmes et c'est encore à lui que nous devons le sujet de cette thèse. Nous le prions de recevoir ici l'assurance de notre plus vive reconnaissance : nous n'oublierons jamais ce qu'il a fait pour nous.

AVANT-PROPOS

Le diagnostic est très certainement le premier des arts de la médecine. S'il n'est pas, hélas ! toujours possible de guérir une lésion exactement connue, il est relativement aisé d'instituer à son propos une thérapeutique rationnelle. Aussi, le médecin doit-il s'entourer de tous les moyens d'investigation possibles pour arriver à la découverte exacte de la maladie.

En gynécologie, le praticien n'a qu'à choisir entre de nombreux procédés d'exploration : tous lui fourniront quelques renseignements utiles sur les organes génitaux de la femme. Par la palpation méthodique de l'hypogastre, d'une part, il pourra déceler quelquefois une lésion à travers la musculature abdominale ; d'autre part, à l'aide du toucher vaginal, il lui adviendra, par exemple, de percevoir directement un ovaire prolabé. Tous ces moyens d'investigation pris en leur particulier, sont certainement bons et recommandables. Nous ne voulons, certes, pas faire ici leur procès ; nous ne voulons pas

non plus incriminer le spéculum, cet instrument de gynécologie qui a du moins l'avantage de nous renseigner sur la coloration de la muqueuse utérine et sur les sécrétions cervicales de cet organe. Toutefois, à propos de ce dernier instrument, nous serions tenté de dire, avec beaucoup d'auteurs, « que les gynécologues anciens ont eu tort de rester pendant longtemps en extase devant le coldela matrice ». Nous rapporterions aussi volontiers à la gynécologie cette opinion de Baudeloque sur l'exploration obstétricale (1) : « L'accoucheur n'a presque jamais d'autre guide que l'organe du tact, il doit suppléer à la vue qui ne pourrait d'ailleurs, servir que dans très peu de cas où la pudeur des femmes semblerait encore en interdire l'usage ; mais ce n'est qu'après une longue expérience, qu'on a le droit d'en attendre cet avantage ».

Incontestablement, cet instrument ne peut nous renseigner que sur les modifications utérines, ou plutôt sur quelques modifications utérines, mais il ne saurait nous éclairer sur les lésions annexielles les plus importantes à connaître peut-être.

Et, que dire du toucher vaginal ou de la palpation hypogastrique, quand ces manœuvres sont employées dans des temps différents ? Elles laisseront bien certainement des points obscurs, des détails ignorés.

L'emploi simultané de ces deux modes d'explora-

(1) BAUDELOQUE. — — Traité de l'art des accouchements, 1807.

tion — le toucher vaginal et la palpation hypogastrique — constitua un réel progrès en gynécologie ; sa découverte date de Puzos, 1759 (Nous aurons, du reste, l'occasion de revenir longuement sur ce point d'historique). Ce procédé d'exploration porte le nom de palpation bi-manuelle.

Cette palpation bi-manuelle simple donne-t-elle au gynécologue le maximum de jour sur les organes génitaux de la femme ? Nous ne le pensons pas. Avec Thure-Brandt et Stapfer, nous sommes persuadés, au contraire, que, tandis que le praticien opère le toucher de la main gauche, il faut s'aider encore en faisant du massage méthodique de la paroi abdominale avec la main droite. *Nous disons : massage méthodique. Nous entendons par là que cette seconde manœuvre de l'opération doit constituer un temps particulier, réglé à l'avance avec ordre et précision de la part de l'explorateur.* Il est, en effet, de toute évidence que toute palpation bi-manuelle comprend un certain degré de massage ; la main droite de l'explorateur, qui déprime l'hypogastre pour aller à la rencontre des organes pelviens avec la pulpe des doigts, produit du massage de cette région, au sens strict du mot. Mais c'est là un massage purement spontané, inconscient, si nous pouvons nous exprimer ainsi, dont les effets physiologiques et cliniques diffèrent notablement du massage méthodique que nous proposons. A ce moyen d'exploration nouveau, avec Stapfer, nous proposons le nom de palper-massage. Peut-être eût-il été plus juste de l'appeler toucher-palper-massage.

DIVISION DU SUJET

Dans un premier chapitre nous ferons l'historique de la question, c'est-à-dire de la palpation bi-manuelle et du palper-massage.

Le second chapitre sera consacré à la technique opératoire de ce procédé d'exploration.

Le troisième chapitre contiendra un essai sur la pathogénie des affections gynécologiques. Cette digression éclairera d'un jour très grand le mode d'action du palper-massage en vue du diagnostic.

Ce mode d'action sera analysé dans le quatrième et dernier chapitre de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DU PALPER-MASSAGE

Le palper-massage est une palpation bi-manuelle modifiée, complétée, perfectionnée, pensons-nous, mais c'est, en fin de compte, une palpation bi-manuelle. On peut faire de la palpation bi-manuelle sans faire du palper-massage mais l'inverse ne saurait avoir lieu. En d'autres termes, la palpation bi-manuelle est un temps préliminaire et nécessaire du palper-massage. Pour cette raison de principe nous sommes bien forcé de rappeler les origines de la palpation bi-manuelle dans l'historique du palper-massage. Il est une cause d'un ordre tout différent qui milite encore en faveur de cette manière de faire.

Nos voisins d'outre-Rhin affectent beaucoup de négliger la médecine française en général et la gynécologie en particulier. Soit par ignorance, soit plutôt par mauvaise volonté ils s'attribuent à chaque instant des découvertes dont les Français sont incôntestablement les auteurs. Ainsi ils ont fait pour la palpation bi-manuelle.

L'un des leurs, Hegar (1) s'exprime ainsi à propos

(1) HEGAR, — *Zür gynekologischen Diagnostic*.

de cette exploration : « Il est difficile de dire à qui
« appartient le mérite d'avoir, le premier, appelé
« l'attention sur la valeur de ce procédé. Si dans ces
« derniers temps, Sims en a été cité comme l'inven-
« teur, cette assertion est inexacte. Déjà avant l'ap-
« parition de son ouvrage sur la chirurgie de la
« matrice, cette méthode a été discutée et expliquée
« dans les travaux de Schultze et de Holst ».

Nous ne saisissons pas très bien les difficultés auxquelles Hegar se butte comme à plaisir. Ce sont très certainement des difficultés de commande derrière lesquelles l'auteur allemand est trop heureux de se retrancher. La vérité, quant à nous, est tout à fait simple : Ce n'est ni Sims, ni Schultze, ni Holst qui ont attiré l'attention des hommes de l'art sur l'importance diagnostique de la palpation bi-manuelle, mais ce sont les accoucheurs français. *Nous revendiquons bien hautement pour l'Ecole française la gloire de cette découverte.* En effet, les dates ont leur éloquence. Ces ouvrages auxquels il fait allusion dans la citation d'Hegar furent publiés dans la dernière partie du XIX^e siècle, alors que les accoucheurs français ont signalé cette méthode dès 1759, c'est-à-dire plus d'un siècle auparavant. Nous allons, du reste, à ce sujet, rentrer dans quelques détails pour qu'aucun doute ne puisse subsister sur ce point historique.

C'est Puzos qui est le père de la palpation bi-manuelle. Puzos est le célèbre accoucheur français du XVIII^e siècle, qui écrivit, en 1759, un traité fort original sur les accouchements. Avant lui les méde-

cins avaient recommandé à l'envi le toucher comme moyen d'investigation dans tous les temps de la grossesse, ainsi que dans les maladies des organes génitaux de la femme, mais aucun n'avait songé à combiner ce toucher par le vagin, avec un palper par l'abdomen, à faire du toucher-palper, si je puis m'exprimer ainsi. Laissons, du reste, la parole à Puzos : « mais si l'expérience apprend à se défier des signes « rationnels lorsqu'il s'agit de se prononcer sur une « grossesse, si elle n'inspire pas plus de confiance « dans les lumières qu'on prétend tirer du toucher, « pratiqué de la manière dont tout le monde l'a fait « jusqu'à moi, il est, pour faire cette opération, une « autre méthode qui fournit sur l'état douteux d'une « femme ou d'une fille, des connaissances aussi sûres « que l'ancienne manière de toucher en offre d'incertaines et de fausses » (1).

Cette autre méthode de toucher est tout simplement la palpation bi-manuelle. Puzos la décrit de la façon suivante : « Appliquez une main sur le ventre « de la femme et introduisez dans le vagin un ou « plusieurs doigts de l'autre main » (2).

Nous citerons encore textuellement les lignes qui suivent. Evidemment, elles ne renferment rien que nous ne sachions par avance. Du moins, nous renseignent-elles sur l'état d'esprit des hommes de l'art au XVIII^e siècle.

(1) Puzos. — Traité sur les accouchements, 1759.

(2) id.

« Pour exercer le toucher il faut prendre quelques précautions dont quelques-unes sont relatives
« à la perfection de l'opération, d'autres regardent
« les décences que l'on se doit à soi-même et aux
« personnes chez lesquelles on est appelé et principalement quand ce sont des personnes distinguées
« par leur rang. L'état de fille demande aussi une
« plus grande attention que celle de femme mariée...
« Le toucher se pratique mieux le matin, lorsque la
« personne est à jeun, et avant l'opération on fait
« prendre un ou deux lavements pour décharger le
« gros intestin des matières endurcies qui pourraient s'y rencontrer. La femme ainsi préparée on
« la fera mettre sur son lit. Le chirurgien frottera
« de quelque corps onctueux comme du beurre ou
« d'huile ou de pommade, le doigt indicateur de la
« main qu'il doit introduire dans le vagin. Quelques-
« uns pour la décence se couvrent la main d'une
« serviette propre. D'autres se contentent d'un
« couvre-pied qu'ils étendent sur la femme depuis
« la tête jusqu'aux pieds. Le chirurgien passe donc
« la main couverte de l'une ou de l'autre manière
« sous les jupes, entre les genoux et les cuisses qu'il
« aura fait élever ; il introduira ensuite son doigt
« dans le vagin et le portera jusqu'à l'orifice de la
« matrice.... Pendant que le chirurgien tiendra
« son doigt comme adapté à l'orifice de la matrice,
« il appliquera le plat de l'autre main sur le ventre,
« à l'endroit où doit se trouver la matrice » (1).

(1) Puzos. — Traité sur les accouchements, 1759.

La citation, pour être un peu longue, n'en est pas moins marquée au coin de l'originalité et aussi de la justesse, et c'est pourquoi nous avons voulu la donner en entier. Dans ses grandes lignes, cette palpation bi-manuelle ne se pratique pas autrement dans nos salles de gynécologie actuelle. Il est évidemment quelques détails qui nous surprennent un peu ; nous sommes, par exemple, tentés de sourire quand l'auteur nous parle « de la décence que l'on doit principalement aux femmes distinguées par leur rang ! Si l'égalité doit régner quelque part, semble-t-il, c'est bien en cette matière. Mais il faut se rappeler que le livre de Puzos date de 1759 ; le célèbre accoucheur ne faisait que sacrifier aux idées de l'époque en s'exprimant de la sorte. Un peu plus loin, et toujours dans le même ordre d'idée, l'auteur décrit les précautions à prendre pour mieux ménager cette même décence. Il parle d'une serviette qui entourera la main à introduire dans le vagin, puis d'un couvre-pied qu'on étendra depuis la tête jusqu'aux pieds de la patiente, etc., etc.

... Est-ce besoin de dire qu'à l'hôpital et même dans la clientèle privée de pareilles pratiques ne sauraient être de mise.

Quoiqu'il en soit de tous ces points de détail, il reste bien acquis que Puzos est le véritable promoteur de la palpation bi-manuelle.

Sept ans plus tard, c'est-à-dire en 1766, Levret, cet autre accoucheur français, à qui nous devons l'invention du forceps bi-courbe, publiait son livre sur « l'Art des accouchements démontré par les princi-

« pes de physique et de mécanique ». Il y décrivait à son tour cette palpation bi-manuelle. Il déclare tout d'abord « s'en servir à dessein de découvrir, soit une grossesse, soit quelque maladie de la matrice ou du vagin ». La description qu'il donne ensuite de ce moyen d'exploration ne présente rien de bien saillant, nous la citons toutefois pour mémoire. Après avoir indiqué la façon de pratiquer le toucher « sur une femme ou une fille, » il ajoute : « on doit aussi placer « l'autre main sur la région hypogastrique, afin de « pousser tout doucement la matrice vers le doigt « qui est dans le vagin, tandis que celui-ci repousse « légèrement le col de l'utérus vers la main qui est « placé sur le ventre ; par cette alternative de mouvements, on se met en état de juger plus distinctement du volume, de la solidité, et du poids de la matrice, en état de vacuité ou engorgée. Un seul doigt est, pour l'ordinaire, suffisant pour toucher une femme dans un soupçon de grossesse, mais il est quelquefois nécessaire d'en introduire deux quand il est nécessaire de découvrir des maladies soit afin de mieux connaître l'épaisseur des parties naturelles devenues malades, soit pour distinguer le volume et la consistance des corps étrangers qui peuvent s'y introduire (1). »

Une simple remarque comme commentaire à cette description. L'auteur envisage cette palpation bi-manuelle comme moyen d'exploration obstétrical,

(1) LEVRET. — L'art des accouchements démontré par les principes de physique et de mécanique.

il est vrai, mais aussi comme moyen de diagnostic gynécologique. La chose valait la peine d'être signalée. Puzos, en effet, le promoteur de la méthode, ne fait allusion nulle part dans son livre, aux services que peut rendre cette palpation dans les maladies des femmes.

Après Puzos et Levret, dans l'ordre chronologique c'est Baudelocque qui s'est occupé de cette intéressante question. Il lui octroya une grande place dans son traité « De l'Art des accouchements », qui parut en 1807. « C'est un point de pratique des plus difficiles et des plus essentiels » dit-il. Puis, il en donne à son tour la description suivante : « Il ne faut
« pas se borner à l'introduction du doigt dans le
« vagin, il faut aussi faire l'application d'une main
« sur le ventre de la femme. Si l'on reconnaît, par le
« premier procédé, l'état du col de la matrice et
« sa situation, c'est par le dernier que nous jugeons
« du volume de ce viscère, de la hauteur de son fond,
« de son obliquité » (1).

A partir de cette époque la palpation bi-manuelle fut, en France, d'une pratique courante et nous la trouvons signalée et recommandée à l'envi par les accoucheurs et les gynécologues. En 1831, Giraud, dans un travail de gynécologie, en arrive à cette conclusion que cette palpation « est le régulateur, la boussole dans le diagnostic ». Un peu plus tard, Velpeau s'exprime ainsi : « On peut, en s'y prenant

(1) LEVRET. — L'art des accouchements démontré par les principes de physique et de mécanique.

« bien, saisir ainsi la matrice entre les deux mains,
« en apprécier l'épaisseur, la direction, la forme,
« tous les caractères physiques en un mot, presque
« avec la même certitude que si on l'avait sur la
« table simplement enveloppée de linges et de tissus
« souples » (1).

Telle est, dans ses grandes lignes, l'histoire de la palpation bi-manuelle. Il nous reste maintenant à relater ce qui a été dit sur le palper-massage proprement dit, comme moyen de diagnostic en gynécologie.

Nous ne trouvons pas un seul document sur cette question dans tout le XVIII^e siècle. Il se peut, évidemment, que des gynécologues, aussi bien français qu'étrangers, aient fait du palper-massage en vue d'arriver à un diagnostic plus certain. En tout cas, pas un n'érigea cette méthode en système dans ses livres, pas un ne l'apprécia ou ne la discuta dans ses écrits. Et nous sommes bien forcé d'arriver jusqu'au livre de Thure-Brandt pour trouver les notions de ce palper-massage.

L'auteur que nous venons de nommer est encore peu connu en France, quoiqu'il ait une figure bien originale et bien sympathique. Dans un travail comme celui-ci, nous ne pouvons moins faire que d'en esquisser une biographie rapide.

Thure-Brandt appartenait à la nationalité suédoise.

(1) LEVRET. — L'art des accouchements démontré par les principes de physique et de mécanique.

(2) THURE-BRANDT. — Traitement des maladies des femmes.

Elève à Stockholm, des professeurs Branting et Georgi, il obtenait, en 1844, un emploi de médecin-gymnaste à Norrkœping où il traita par la gymnastique une cinquantaine de malades dont les femmes formaient la notable partie. A Norrkœping, Brandt fit des merveilles, et le bruit des guérisons se répandit bientôt dans les environs.

« Le premier gynécologue, dit Brandt, qui ait
« voulu sérieusement soumettre ma méthode à un
« contrôle impartial et franc, fut Sven Skœldberg,
« docteur habile et sans préjugés... Les élèves de
« Skœldberg n'ont pas écouté la parole du maître.
« Honneur à sa mémoire. »

Après Skœldberg, le gynécologue suédois dut attendre longtemps avant qu'un homme du métier jugea sa méthode digne d'un examen sérieux ! La Suède qui aurait dû et pu tirer honneur d'un tel fils le renia et l'abreuva d'amertumes ; le corps médical de son pays, jaloux des lauriers de ce guérisseur merveilleux, dédaigna ses découvertes ! Heureusement que le retentissement de ses cures extraordinaires se répandit bientôt dans toute l'Europe. Aussi en 1886, le professeur Schultze d'Iéna, invita-t-il Brandt à venir dans cette ville pour soumettre sa méthode au contrôle de la science ! Là, le savant suédois put travailler sous un contrôle continu, mais sans prévention ! La France, toujours avide de savoir, ne devait pas rester en arrière de sa rivale.

Dès 1891, les pouvoirs publics déléguaient en Suède M. Stapfer, ancien chef de clinique obstétricale et gynécologique de la faculté de Paris, à l'effet d'étu-

dier, sur place, cette méthode de Brandt. De retour de sa mission, Stapfer rédigea un rapport au ministère de l'Instruction publique qu'il communiqua à l'Académie de médecine (séance du 22 juillet 1892).

Stapfer adressa à Brandt un exemplaire manuscrit de ce rapport en langue suédoise et il reçut du gynécologue étranger la réponse suivante : « Mes amis
« me disent que, présentée comme vous l'avez fait,
« ma méthode a chance de se répandre parmi les
« médecins ; vous chargeriez-vous de publier en
« français mon ouvrage allemand dont je prépare la
« seconde édition ? »

Stapfer accepta de suite, cela va sans dire. Et c'est ainsi que l'œuvre de Brandt a pu se vulgariser en France.

Nous ne voulons pas donner ici une analyse complète de ce livre « de ces deux cents pages où l'on découvre plus de vérités et de nouveautés que dans nos massifs traités de gynécologie contemporaine. » Ce serait, du reste, nous écarter de notre sujet ! Un point surtout nous intéresse dans ce livre : c'est l'importance diagnostique que l'auteur accorde au palper-massage. « Pour palper avec soin à tra-
« vers la paroi abdominale, dit-il, tracez des cer-
« cles avec les doigts qui palpent ; ne les enfoncez
« pas brusquement. Les doigts qui se remuent un
« peu vite ont une grande finesse de tact, même en
« déprimant faiblement. Les médecins qui exami-

« nent de cette façon et qui sont un peu exercés
« trouvent cette méthode préférable. »

Nous venons de toucher du doigt, pensons-nous, l'origine vraie du palper-massage, comme moyen de diagnostic des affections gynécologiques. *Si Puzos est le père de la palpation bi-manuelle, Thure-Brandt est le père du palper-massage.*

Le second et dernier document que nous possédions sur cette importante question est le traité la « Kinésithérapie gynécologique », dans lequel Stapfer réédite la méthode de Brandt. « Bien que les idées de l'auteur suédois soient la fontaine d'eau vive où puisa le gynécologue français », les deux livres diffèrent totalement. Dans le livre de Brandt « les principes fondamentaux sont cachés dans le tohu-bohu de certains chapitres » ; il est des endroits incompréhensibles, d'autres d'une naïveté surprenante. « Brandt, en effet, s'était improvisé écrivain, comme il s'improvisa médecin ». Le livre de Stapfer, au contraire, est remarquable d'ordre, de netteté et de justesse. Il y a plus que cela dans le livre de l'auteur français. Brandt énumère les résultats surprenants auxquels il arrive. Il les enregistre, il les constate et c'est tout. Stapfer, au contraire, les explique. Il leur donne des raisons et des preuves irréfragables. Enfin, le seul titre de son ouvrage : « *Nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique* (Kynésithérapie) *montre bien l'importance qu'il attache au palper-massage dans le diagnostic.*

CHAPITRE II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DU PALPER-MASSAGE

Dans le chapitre précédent nous avons passé en revue les différents auteurs qui se sont occupé de la palpation bi-manuelle, « procédé rudimentaire, mais véritable embryon du palper-massage » (1). Nous avons ensuite fait l'histoire du palper-massage lui-même : nous allons maintenant décrire ce procédé d'exploration gynécologique.

Pour cela faire, nous nous inspirerons des livres de Brandt et de Stapfer et aussi des préceptes que nous avons reçus à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Laroyenne. Les préparatifs de la malade se réduisent à peu de chose : vider la vessie et le rectum ; ne lui laisser que des vêtements simples et flottants.

Et, d'abord, quelle sera la position donnée à la femme ? C'est là une première question à résoudre.

(1) PINARD. — Préface du livre de Stapfer.

Dans la station verticale, les organes génitaux descendent, il est vrai, et sont plus accessibles par le vagin. Mais ce mode de position de la femme n'est guère de mise que dans le toucher vaginal simple et non dans la palpation bi-manuelle. Il serait, du reste, bien malaisé de faire du massage à une femme dans cette position. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point.

La femme sera donc dans le décubitus dorsal. On lui recommandera de fléchir les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin pour amener un relâchement complet des muscles abdominaux ; on lui défendra de même la flexion du cou en avant, qui amènerait instantanément une contraction de ces mêmes muscles. Dans les explorations gynécologiques on saisit quelquefois sur le vif l'importance de cette dernière prescription. En effet, si vous demandez quelques renseignements à la patiente, alors que vous avez déjà une main engagée dans le canal vaginal, celle-ci, qui est dans le décubitus dorsal, se croit obligée, pour vous répondre, de s'asseoir sur son lit. Du même coup, les muscles de la paroi se tendent comme une vraie sangle ; ils rendent tout examen impossible.

Certains gynécologues recommandent de placer un gros coussin sous les fesses de la femme. C'est là, pensons-nous, une pratique peu recommandable. En effet, de deux choses, l'une : ou la femme a un bassin peu profond et des organes très accessibles, et il est alors inutile de recourir à ce moyen ; ou la femme a un bassin plus profond, alors cette manœuvre ne

donnera pas de résultats. Dans ce dernier cas, nous pensons que le soulèvement du siège ne doit pas être passif, mais actif, c'est-à-dire se faire par le moyen des muscles dorsaux. Et, pour en finir avec la position donnée à la femme, donnons cette citation textuelle de Brandt : « Que les pieds soient aussi près que possible du bassin, qu'ils ne glissent pas, que les reins soient bas, le siège élevé, la symphyse rapprochée du sternum ». C'est la synthèse de ce que nous venons de dire.

Pour ce qui est du décubitus latéral, si souvent employé en Angleterre, nous n'en avons aucune expérience, ne l'ayant jamais employé ni vu employer. Peut-être le décubitus latéral gauche pourrait-il rendre quelques services dans l'exploration du cœcum.

Voilà bien tout ce que nous avons à dire au sujet de la patiente à examiner. Il nous faut parler de l'explorateur lui-même.

Celui-ci sera naturellement aseptique ; il se sera fait un nettoyage complet des mains à l'eau chaude, au savon et à la brosse. Reste maintenant une grave question à résoudre : celle de la main à introduire pour aller à la recherche des organes génitaux. Beaucoup de gynécologues se servent de la main droite à cet effet, estimant, sans doute, que la main qui est la plus habile doit remplir le rôle le plus important. Il faut très certainement être à même de pratiquer le toucher indifféremment avec les deux mains ; il peut exister d'ailleurs telles circonstances

qui nous force à le faire. Et, d'autre part, il est bien sûr que la main droite sera plus habile pour pratiquer l'exploration du cul-de-sac latéral droit, et des annexes de ce côté. Ce qui fait qu'une exploration *gynécologique complète doit être faite et de la main droite et de la main gauche. Mais, en règle générale, dans les examens ordinaires où il n'y a pas lieu d'introduire alternativement les deux mains, nous estimons que c'est la main gauche qui doit servir au toucher.* Le rôle que nous réservons à la main droite, en effet, dans notre palper-massage, n'est pas négligeable du tout, mais au contraire très important, comme nous le verrons plus loin (1).

Un second point à éclaircir est le suivant : quels sont les doigts que vous introduirez dans le canal vaginal de la femme ? Nous avons conscience d'aller à l'encontre de la pratique journalière de beaucoup de praticiens en disant que l'exploration avec l'index seul nous paraît préférable à l'exploration avec l'index et le médius. Nous sommes, du moins, en communion d'idées avec Brandt qu'une pratique journalière de trente ans et une habileté exceptionnelle et incontestable rendent certes très compétent en la matière. « Si vous explorez avec deux doigts, dit-il, « le vagin s'élargit de cette façon et on n'atteint pas « plus haut que ne le permet la longueur du médius. « Au contraire, l'index, quand la main est ouverte,

(1) En plus, cette main droite peut être indispensable pour la préhension d'un instrument quelconque, d'un hystéromètre par exemple.

« et surtout s'il est exercé et souple, s'allonge parce
« que le fond du bassin se laisse déprimer. De plus,
« on est plus libre de ses mouvements en se servant
« d'un doigt, et on peut atteindre le bassin et ses
« organes sans tourmenter les malades plus qu'il
« n'est nécessaire. Enfin, beaucoup de malades éprou-
« veraient une excitation sexuelle, si on employait
« deux doigts pour l'examen et le massage, ce qui
« n'arrive pas avec un seul doigt » (1).

Ainsi, pas d'hésitation possible. Pour toutes ces raisons énumérées par Brandt, le gynécologue ira à la rencontre des organes génitaux de la femme à l'aide de l'index seul de la main gauche.

Il nous faut maintenant aborder une dernière question connexe à celle que nous venons de résoudre et se rapportant à cette main gauche au vaginale. Quelle position donnerez-vous au médius, à l'annulaire et au petit doigt de la main gauche, pendant que l'index explorera les organes pelviens de la femme ? La position que nous adoptons est encore celle de Brandt, c'est-à-dire celle dans laquelle les trois derniers doigts sont étendus et écartés au maximum de l'index, avec légère flexion métacarpo-phalangienne (2). Nous nous écartons donc de la position classique dans laquelle les trois derniers doigts sont fléchis dans la paume de la main. Nous avons, du reste,

(1) THURE-BRANDT. — Traitement des maladies des femmes.

(2) Suivent ARAR, cette position était celle de Lisfranc, mais Brandt en est le véritable inventeur, puisqu'il en fait une méthode.

de bons arguments pour nous ranger à cette position. Brandt se charge de nous les donner. « N'ayant à mes
« débuts aucune instruction touchant l'examen gyné-
« cologique, j'ai tenu la main dans la position qui me
« semblait la plus facile, c'est-à-dire les doigts éten-
« dus. Les malades traitées avant moi par des méde-
« cins m'exprimèrent leur satisfaction de ce que je ne
« les tourmentais pas en enfonçant leur périnée avec
« l'articulation du médius. Puis je voulus essayer de
« tenir les doigts fléchis dans la paume ; mais je ne
« pus atteindre aussi loin que je le faisais par mon
« procédé ordinaire. »

Je ne vois pas bien ce qu'on pourrait objecter au père du massage en gynécologie. Il est de toute évidence que si les doigts sont fléchis dans la paume de la main, l'explorateur, pour aller à la rencontre d'un annexe situé très haut, sera obligé d'enfoncer l'articulation des trois derniers doigts dans le périnée de la patiente. Dans la position de Brandt, au contraire, vous pouvez forcer la pénétration autant que vous le voudrez, sans que les femmes se plaignent, du moins de ce fait (1).

Le second avantage de cette méthode, sans contredit le plus appréciable, est relatif à la longueur qu'acquiert l'index par l'écartement du médius. Essayez de mesurer la longueur de votre index à partir du pli digito-palmar jusqu'à l'extrémité unguéale, celui-ci étant dans l'extension complète et les

(1) THURE-BRANDT. — Traitement des maladies des femmes.

trois derniers doigts fléchis dans la paume de la main. Effectuez cette même mesure après avoir écarté au maximum le médius de l'index. Vous verrez alors l'accroissement de longueur de l'index dans cette dernière position.

Inutile d'insister, n'est-ce pas, sur l'importance pratique de cet allongement. Il est bien sûr qu'un médecin qui aura le doigt très allongé fera de rapides progrès dans l'art de la gynécologie. En effet, « si les doigts courts s'allongent par la pratique, les doigts longs s'allongent encore bien davantage » (1). Et, d'autre part, Stapfer n'a-t-il pas dit, dans son livre : « Celui qui à la souplesse, à la légèreté, à la dextérité joindra la longueur exceptionnelle de l'index acquerra vite, dans la pratique de la gynécologie, une véritable supériorité » (2).

Malheur donc à ceux qui n'auront pas été doués par la nature d'un index allongé !

S'ils en croient Brandt ceux-la feront mieux de renoncer de suite à la gynécologie que de se fatiguer en efforts bien inutiles. « Même si l'on vient à bout « de l'examen avec les doigts courts, on s'épuise « plus vite pendant le massage, l'effort est moins « continu, les résultats moins satisfaisants. Dans « bien des cas les doigts courts rendent le travail « impossible. On doit, par exemple, pour masser « un exsudat siégeant haut dans le bassin, lui fournir « un point d'appui interne très solide sans le déplacer

(1) THURE-BRANDT. — Traité des maladies des femmes.

(2) STAPFER. — Traité de kinésithérapie gynécologique.

« trop avec la main extérieure.... Le doigt long
« est encore plus nécessaire pour détruire les adhé-
« rences haut placées, puisqu'il faut toujours mettre
« le doigt au-dessus du point de fixation. En tout
« cas les doigts doivent dépasser le troisième
« sphincter rectal » (1).

Evidemment, les doigts longs sont des aides puissants en gynécologie. Il serait puéril de le contester. Mais de là à affirmer, comme Brandt, que tout médecin qui n'aura pas cette bonne fortune doit irrévocablement abandonner la gynécologie, nous pensons qu'il y a loin. Des index moyens, mais bien dirigés, assouplis par l'exercice permettront d'obtenir des résultats bien satisfaisants.

La main abdominale ne joue pas, dans le palper-massage, un rôle moindre que la main vaginale; nous l'avons déjà dit en tête de ce chapitre. Il nous reste maintenant à définir ce rôle. Il est bien simple et bien net en même temps.

Tandis que le doigt vaginal explore directement les organes génitaux de la femme, la main extérieure doit aller, elle aussi, à la rencontre de ces mêmes organes, afin que ceux-ci soient perçus doublement par l'explorateur. Il semble *a priori* que, pour arriver à ce but, le gynécologue n'ait qu'à déprimer brusquement la paroi abdominale avec la pulpe des doigts, et qu'il devrait ainsi triompher de la résistance des muscles abdominaux et prendre une notion complète des organes génitaux de la femme.

(1) THURE-BRANDT. — Traitement des maladies des femmes.

C'est là un écueil dans lequel on tombe fort souvent en gynécologie et c'est pourquoi nous avons voulu le signaler de suite. Soyez bien persuadé d'une chose, c'est que si vous voulez lutter de force et de brusquerie avec l'organisme, vous serez constamment vaincu. Vos doigts, en déprimant l'hypogastre, causeront à la patiente une vive douleur ; contre son invasion elle se défendra à sa façon, c'est-à-dire en contractant énergiquement sa paroi abdominale. A partir de ce moment toute exploration sera impossible.

Pour arriver à vos fins, vous devrez donc ruser avec l'organisme, l'endormir, prendre des chemins détournés. Dans ce but, après avoir placé bien à plat la main droite sur la région hypogastrique vous y exercerez des frictions. Ces frictions doivent être en même temps rapides et légères ; au début surtout vous effleurez seulement la paroi abdominale. Ces frictions seront également circulaires ou centripètes, mais en aucun cas centrifuges. Le rayon sur lequel elles s'exerceront, très restreint dans les premiers moments de l'opération, s'agrandira dans la suite et s'étendra à toute la région hypogastrique. Nous ne pouvons mieux faire, pour montrer la nécessité de ce massage abdominal, que de citer les quelques lignes que Brand lui consacre dans son livre. « Les difficultés qu'éprouvent les débutants pour les examens tiennent à ce qu'ils font des mouvements exagérés ou emploient trop de force. Quand nous voulons tâter un objet avec soin, la nature nous enseigne à toucher avec légèreté et délicatement et à glisser

« sur lui, en exécutant de petits mouvements. Si, au
« lieu d'opérer ainsi, on saisit rudement l'objet,
« l'attention n'est pas concentrée sur lui, elle se
« tourne en partie sur l'effort que nous faisons au
« dépens de la finesse du toucher. Même résultat si
« le mouvement est trop étendu. Il devient la chose
« principale, et la sensation à éprouver un accessoire.
« Il faut que le toucher soit la chose principale et on
« ne doit employer que juste ce qu'il faut de force
« pour porter l'organe qui palpe autour de l'objet.
« Alors on réussit infiniment mieux. »

THURE-BRANDT. — Traitement des maladies des femmes.

CHAPITRE III

ESSAI SUR LA PATHOGÉNIE DES AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

Nous avons, dans le chapitre précédent, indiqué les points essentiels de la technique du palper-massage. Avant d'analyser la manière dont agit ce procédé d'exploration, nous ferons une rapide digression sur la pathogénie des affections gynécologiques. Cette étude ne sera pas hors de sujet, puisqu'elle fera toucher du doigt ce mode d'action du palper-massage.

Les découvertes pasteuriennes ont amené un vrai bouleversement dans l'étiologie et la nature des maladies. Là où les anciens pathologistes voyaient une prédisposition primordiale de l'organisme, une tendance marquée des tissus, une diathèse enfin, pour dire le mot, les pathologistes modernes ont vu une origine extrinsèque à cet organisme, si je puis m'exprimer ainsi. Cette origine, vous l'avez deviné, c'était l'origine microbienne. Dans la sphère des

affections génitales de la femme, cette origine infectieuse a cadré à merveille. Dans certains cas, le microbe incriminé a été le bacille de Koch (tuberculose génitale) ; plus souvent, ça été le gonocoque (blennorrhagie) ; dans une dernière catégorie de faits, enfin, l'agent infectieux a été le microbe banal de la suppuration, streptocoque, staphylocoque (faussecouche, infection quelconque). On serait, certes, mal venu de s'insurger contre ces faits d'observation journalière ; dans la grande majorité des cas, pour ne pas dire toujours, les affections gynécologiques ne sont que des manifestations infectieuses d'ordre varié.

Mais il est deux points se rattachant à la pathogénie de ces affections, un peu laissés dans l'ombre par la plupart des gynécologues modernes : nous voulons ici les mettre en relief.

Ouvrez un atlas d'anatomie et vous serez certainement frappés de la riche vascularisation des organes générateurs de la femme. L'utérus, et surtout ses annexes, disparaissent en entier dans les mailles serrées de plexus inextricables, de larges anastomoses. Les anatomistes, frappés de cette disposition, n'ont-ils pas donné le nom pittoresque de plexus pampiniformes aux branches veineuses issues de l'ovaire et du ligament large ? Nous le répétons, aucun organe dans le corps humain ne reçoit plus de sang.

Si nous analysons la constitution de ce réseau vasculaire et, tout particulièrement, du réseau veineux, que constatons-nous ? Nous constatons d'abord, que

ces derniers vaisseaux ont une tunique à peu près dépourvue de fibres musculaires et, fait plus important, qu'ils ne possèdent pas de valvules, ces vrais artifices de la nature qui rendent plus aisée la circulation de retour. Comme conséquence naturelle, ce sang-là, progressant vers le cœur, aura à supporter le poids d'une colonne plus haute, c'est-à-dire un travail plus ardu et plus pénible à effectuer. Les contractions musculaires aident cette circulation de retour, direz-vous. Les muscles, en se contractant, déprimeront les parties molles voisines, et les segments veineux comprimés ne pourront laisser passer le sang que dans la direction du cœur. Le malheur est que les vaisseaux veineux sont plongés dans une gangue adipeuse mélangée de quelques fibres lisses et loin, par conséquent, de l'action immédiate des muscles. Quant à l'aspiration thoracique, elle ne sera pas non plus d'un grand secours, car nous savons qu'elle ne reçoit son plein effet que dans les gros vaisseaux veineux avoisinant la poitrine. Que reste-t-il en définitive, pour faire progresser le sang veineux de la périphérie vers le cœur ? Il reste uniquement la *vis à tergo*, cette force qui a pour origine la différence de pression qui existe entre le contenu sanguin des artères et celui des veines. C'est trop peu, comme on le voit, et il doit exister, dans ce système veineux, une prédisposition naturelle aux stases.

Ajoutez à cela que cette prédisposition naturelle est accrue par une ou plusieurs congestions qui envahissent chaque mois le système vasculaire pelvien. « A l'état absolument physiologique, il n'y en a

« qu'une, passagère, insignifiante, qu'emporte un
« raptus sanguin, proportionné à la congestion et
« modéré comme elle. Ce raptus, cette saignée, dont
« l'utilité ne se borne pas à la déplétion locale, c'est
« la menstruation » (1).

La menstruation est donc une fonction qui joue très certainement un des rôles principaux relativement à l'étiologie des affections utérines, autant par la nature des phénomènes dont elle s'accompagne, que par la répétition périodique de ces phénomènes. En effet, que cette évacuation sanguine ne vienne pas, à un moment donné, guérir la congestion utérine, lui servir comme de crise, l'hyperhémie persistera et des circonstances particulières pourront en lui donnant une intensité insolite, y trouver les éléments des maladies les plus variées, des lésions les plus diverses.

« Cette congestion périodique, espèce d'épée de
« Damoclès suspendue sur les organes génitaux, est,
« à chaque période menstruelle, l'occasion de recru-
« descence ou de rechutes qu'il faut connaître et
« prévoir » (2).

Les retards, les suppressions ou les avances de règles, leur insuffisance ou défaut d'équilibre entre la congestion ou l'écoulement prédisposeront également aux affections génitales.

Nous pensons en avoir assez dit sur ces altérations

(1) STAPFER. — Traité de kinésithérapie gynécologique.

(2) ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.

vasculaires en pathologie gynécologique. Nous voulons maintenant attirer l'attention sur un second syndrome de ces affections, engendré lui-même par cette stase sanguine ; nous voulons parler des altérations chroniques du tissu cellulaire.

Avec Stapfer, nous faisons jouer, en pathologie utérine, un rôle important et en partie méconnu à ces altérations.

A ces altérations chroniques du tissu cellulaire abdomino-pelvien, Stapfer donne le nom de « cellulite » ou « myo-cellulite ». Et il définit ainsi cette lésion : « La cellulite est un œdème, tantôt dur et « douloureux, tantôt mou et indolent du tissu « conjonctif, qui peut se manifester partout où ce « tissu existe et que le gynécologue observera « particulièrement dans la région abdomino-pel- « vienne » (1).

Il existe une cellulite sous-cutanée et une myo-cellulite de la sangle abdominale. Elle se manifeste alors par des noyaux de grosseur variable, depuis le grain de chènevis jusqu'à la noix.

Il existe aussi une cellulite intra-pelvienne, celle-là de beaucoup plus importante. N'oublions pas, en effet, que s'il y a très peu de tissu cellulaire à la face postérieure de l'utérus, par contre, il existe d'autres points où ce tissu se trouve en très grande quantité et se prête à l'inflammation avec la plus grande facilité. Latéralement, dans l'épaisseur des ligaments larges, en arrière entre le vagin et le

(1) STAPFER.— Traité de Kinésithérapie gynécologique.

péritoine qui revêt le cul-de-sac recto-utérin, le tissu connectif se rencontre en très grande abondance.

D'où, en pratique : cellulite péri ou plutôt para-utérine très fréquente et concordant presque toujours, à un certain degré, avec les affections génitales quelconques; d'où, comme lésion matérielle perceptible, un œdème dur ou mou, diffus ou localisé, envahissant tout le pourtour de l'utérus, la base des ligaments larges, le tissu cellulaire péri-ovarien et le plancher du petit bassin.

Ces lésions, constantes pendant la vie, disparaissent après la mort, ce qui fait que leur anatomie pathologique risque fort de ne jamais être faite. Toutefois, Aran, qui insiste beaucoup sur cette cellulite, dit qu'après avoir reconnu pendant la vie les engorgements partiels du tissu cellulaire, il put, dans certains cas, s'assurer après la mort de la composition réelle de ces engorgements. Dans un cas il tomba sur un noyau d'induration constitué par du tissu cellulaire imprégné de sang presque combiné avec ce liquide et, dans l'autre, par du tissu cellulaire infiltré de lymphé plastique et de pus. Dans un dernier cas, enfin, le tissu cellulaire pelvien, le tissu cellulaire qui fait partie des cloisons vésico et recto-vaginales, tout le tissu cellulaire compris entre l'insertion du vagin sur l'utérus et le péritoine étaient le siège d'un énorme épaissement dû à la présence d'une énorme quantité de lymphé plastique et de sérosité déposée dans les mailles de ce tissu.

Cette cellulite n'est donc pas seulement une vue de l'esprit : elle a pour elle le contrôle des faits. Et,

si elle ne constitue souvent qu'une partie de l'affection gynécologique, c'en est une partie inhérente et nécessaire. Il est bien sûr qu'une tumeur, par exemple, d'un volume un peu considérable, qu'elle soit inflammatoire ou chronique, ne sera pas formée aux dépens du tissu cellulaire seulement. Cette tumeur résultera, plus vraisemblablement, au contraire, d'une adhérence de l'utérus avec les annexes ou avec les organes situés dans le petit bassin, ou encore d'une néoformation quelconque, mais toujours à un certain degré il y aura coexistence d'inflammation du tissu cellulaire, de cellulite, « d'hypo-sclérose », dit Stapfer.

CHAPITRE IV

MODE D'ACTION DU PALPER-MASSAGE EN VUE DU DIAGNOSTIC

§ I.— *Le palper-massage agit en supprimant les stases veineuses et les lésions de cellulite.*

La première conclusion qui découle du chapitre précédent est la suivante : au-dessus de toutes les lésions et de tous les désordres locaux et d'ordre gynécologique, antérieurement et supérieurement à eux, il existe un double syndrome essentiel et primitif qui les relie, forme peut-être le fond, ou plutôt le substratum de ces maladies si semblables et si diverses tout à la fois. Ce double syndrome, c'est la stase veineuse d'une part, et l'infiltration du tissu cellulaire d'autre part. La seconde conclusion et — celle-là nous intéresse bien davantage — *c'est que cette infiltration et cette stase par les désordres locaux qu'elles amènent, donnent une allure absolument trompeuse aux affections gynécologiques.*

Ces œdèmes de stase, qu'ils soient solides ou liquides, ces infiltrations celluluses entoureront comme d'une gangue la lésion primordiale, lui donneront un aspect indéfinissable, indistinct, une figure qui n'est pas la sienne. Et vous comprenez déjà si les erreurs de diagnostic auront beau jeu ! Un explorateur inexpérimenté attribuera à l'utérus ce qui appartient aux annexes et, réciproquement, aux annexes ce qui relève de l'utérus. Un autre, dans cet empâtement généralisé de la filière génitale, sera dans l'impossibilité absolue d'apprécier le volume de l'organe gestateur .

Autre côté de la question, et qui ne laisse pas, lui aussi, de présenter son importance. Ces œdèmes et ces infiltrations varieront avec l'époque du mois où vous examinerez la patiente. Les sensations procurées, au toucher et au palper, par le volume et la consistance des organes, se modifieront d'un jour à l'autre. *Les affections gynécologiques prendront un véritable caractère protéique.*

Bref, ces stases sanguines, et ces infiltrations celluluses sont la clef de voûte du diagnostic. Et, pour mieux montrer l'importance de ce principe, nous demandons à citer une page du livre de Stapfer. Elle nous fera saisir sur le vif les erreurs de diagnostic qui ont été commises par les gynécologues ignorants de ces vérités.

« J'ai vu conseiller l'opération immédiate, dit Stapfer, *pour une péri-salpingite* prise pour grosseur intra-utérine, conseil donné par un professeur très réservé sur les interventions chirurgicales, accou-

cheur de profession..... J'ai vu deux chirurgiens pratiquer l'hystérectomie pour une volumineuse *cellulite oophoro-tubaire*, accompagnée de fièvre, de douleur vive localisée à la fosse iliaque droite, s'irradiant dans le pli de l'aîne, la hanche et la cuisse correspondante, sans vomissements, ni tension, ni sensibilité du ventre, phénomènes attribués, par ces chirurgiens, dont l'un est justement réputé pour son expérience clinique à une poussée de péritonite autour d'un foyer oophoro-salpingien purulent. L'opération fut fixée au lendemain, mais, heureusement pour la malade, tous les symptômes s'étaient amendés et la famille demanda l'expectation. Quelques jours plus tard la fièvre n'avait pas reparu, le cul-de-sac reprenait sa souplesse, l'utérus se mobilisait. Un mois après, la malade se promenait. Il s'agissait, en réalité, d'une forte poussée d'œdème douloureux qui s'était faite, à la suite d'une violente chute, autour des annexes droits » (1).

Ainsi donc, il ne nous reste plus qu'à démontrer une chose : à savoir que le palper-massage supprime *ces obstacles du diagnostic gynécologique, la stase sanguine et l'infiltration celluleuse*. Du même coup nous aurons posé la valeur de ce procédé d'exploration.

Cette stase sanguine, tout d'abord engendrée par une disposition anatomique et physiologique, sera puisamment modifiée par le palper-massage. En effet, les organes génitaux de la femme et ce véritable lac

(1) STAPPER. — Traité de kinésithérapie gynécologique.

sanguin qui les entoure se trouveront pris entre les deux mains de l'explorateur, comprimés progressivement, et cette masse sanguine, stagnante tout à l'heure, sera mise en mouvement, refoulée vers l'organe central de la circulation. Les vaisseaux sanguins béants, sans élasticité aucune, reprendront une force et une contractilité nouvelles. Les plexus se videront les uns dans les autres, au moyen des anastomoses, comme on vide les divers canaux les uns dans les autres par l'ouverture successive des écluses. Et, de toute évidence cette chasse sera d'autant plus active que les liquides entraînés produisent un vide dans les vaisseaux et font un appel des liquides situés en amont. Le palper-massage crée réellement une circulation artificielle et bienfaisante qui vient suppléer une circulation naturelle insuffisante. C'est une force extrinsèque qui vient s'ajouter à une force intrinsèque, la force de la vis à tergo. Le palper-massage gynécologique est une vraie digitale des vaisseaux pelviens.

Et ne croyez pas que cette chasse du courant veineux vers le cœur se manifeste seulement pendant le palper-massage; elle subsiste bien plus longtemps en réalité; au bout de quelques séances, quand l'amorçage des canaux est définitivement effectué, le courant n'a plus de raison pour s'arrêter.

Cette accélération du courant sanguin vers le cœur, par le moyen du palper-massage, nous paraît tellement évidente en ce qui concerne le sang veineux, que nous ne croyons pas nécessaire de donner des expériences à l'appui de cette thèse.

Ainsi, la stase sanguine, ce premier obstacle du diagnostic gynécologique, disparaîtra, comme par enchantement, à l'aide du procédé d'exploration que nous proposons. Reste à voir les effets de ce palper-massage dans les lésions du tissu cellulaire sous-cutané. Qu'est-ce, au fond, que cette lésion ? Analysons-en rapidement la nature.

L'anatomie générale nous apprend que chaque cellule vivante possède une sorte d'atmosphère liquide qui lui fournit les matériaux nécessaires à son fonctionnement. Elle nous apprend aussi qu'à côté de ce premier liquide, qui ne peut être isolé par les moyens mécaniques ordinaires, il en est un second le suc parenchymateux ; ce suc est renfermé dans des cavités perceptibles seulement avec des instruments d'optique puissants. Ces cavités se trouvent dans presque toutes les parties du corps, mais elles sont surtout abondantes dans le tissu conjonctif qui peut être regardé, d'une façon générale, comme un véritable réceptacle du suc parenchymateux. Ces espaces, appelés espaces lymphatiques, ont des formes extrêmement nombreuses : ce sont des lacunes, des canaux, des sacs, etc.

La cellulite de Stapfer, cette infiltration molle, pâteuse ou dure, ce mortier qui coule dans les mailles du tissu conjonctif et qui est l'apanage de toute lésion gynécologique, n'est pas autre chose qu'une production exagérée de ce suc parenchymateux. Mais, s'il en est ainsi, n'est-il pas tout naturel de déduire l'importance de la circulation sur la formation de cette cellulite ? En effet, l'aboutissant des

canaux d'apport de ces sacs est le réseau capillaire, tandis que les canaux d'évacuation sont les veines et les lymphatiques.

Il s'en suit que la différence de pression, dans les vaisseaux centripètes et centrifuges, jouera un rôle tellement important dans le mouvement de ce suc parenchymateux qu'elle ne saurait être altérée sans que celui-ci soit entravé. La stase veineuse augmente-t-elle au-delà d'un certain coefficient. Les lymphatiques cessent de pouvoir suffire à leur tâche : il y a infiltration, cellulite. Il ressort donc de cette discussion que le palper-massage qui est un adjuvant puissant de la circulation de retour, un modificateur énergétique de la stase sanguine et des œdèmes, est, en même temps, un merveilleux destructeur de cette cellulite.

Des expériences viennent, du reste, corroborer ces faits. Mosengeil, qui s'est beaucoup occupé de l'action physiologique du massage, a fait les expériences suivantes : il injecte une certaine quantité d'encre de Chine dans les deux articulations fémoro-tibiales d'un lapin ; il masse l'une, et il abandonne l'autre à elle-même. Au bout d'un certain temps il sacrifie l'animal et il remarque que, du côté massé, la diffusion du liquide est rapide ; il est poussé, en quelque sorte, dans les vaisseaux lymphatiques et jusque dans les espaces plasmatiques du tissu conjonctif de la cuisse ; la direction est toujours la même, elle va de la périphérie vers le centre. Le contraste est frappant quand on examine la jointure non massée. L'articulation reste distendue ; des injections répétées, abondantes

avaient déterminé une véritable tuméfaction du genou. Cette pression, par augmentation du liquide n'avait point, comme le massage, poussé la substance colorée dans les voies d'absorption. Elle s'était seulement infiltrée du côté où elle trouvait le moins de résistance c'est-à-dire dans le tissu conjonctif de voisinage.

En somme, aucune ambiguïté dans l'interprétation des faits. Mosengeil détermine à ses lapins une cellulite expérimentale et il supprime cette cellulite par du massage. Sous l'effet des frictions l'encre de Chine qui n'est pas autre chose qu'un suc parenchymateux artificiel, est poussée dans les voies centripètes ; la résorption est activée à tel point qu'il n'y a pas de comparaison entre l'articulation massée et celle qui ne l'est pas. Est-il besoin d'ajouter, maintenant que cette action salutaire du massage, vraie pour le tissu articulaire, le serait également pour des tissus quelconques de l'organisme ? Prenez deux grenouilles, par exemple, injectez-leur de l'encre de Chine dans la région hypogastrique ; massez l'une de ces grenouilles et abandonnez l'autre à elle-même. Si, au bout de quelque temps, vous les sacrifiez toutes les deux, nul doute que vous ne trouviez, dans la première grenouille, les modifications perçues par Mosengeil sur le lapin.

Le palper-massage exercera également son action sur les infiltrations d'ordre gynécologique : en agissant primitivement sur la circulation pelvienne et en amenant secondairement des modifications de l'absorption ; en la rétablissant, si elle est momentanée-

ment suspendue, en la régularisant dans les autres cas.

§ II. — *Le palper-massage agit comme modificateur de la douleur.*

Dans la grande majorité des cas, les affections gynécologiques sont horriblement douloureuses. Demandez à la femme ce qui l'amène à l'hôpital ou dans votre cabinet de consultation, et elle vous répondra presque invariablement que c'est parce qu'elle souffre dans le ventre. Souffrance spontanée et continue, souffrance aussi exagérée par la marche, la station debout, ou une pression quelconque. Il suit forcément de là qu'à la première tentative d'exploration que vous essayerez sur elle, cette femme contractera d'instinct ses muscles et rendra votre examen bien difficile pour ne pas dire impossible. Nous prétendons justement que le palper-massage est un puissant modificateur de cette douleur gynécologique et que, toujours, il permet d'arriver plus aisément au diagnostic de l'affection.

Le fait suivant est d'observation journalière dans les services de gynécologie. Une femme vient se faire examiner. Comme elle souffre beaucoup et se contracte en conséquence, vous ne prenez qu'une notion très incomplète de son affection. Vous laissez cette femme, qui passe bientôt entre les mains d'un autre explorateur, puis d'un autre, etc... Si, au bout d'un certain laps de temps, vous avez la curiosité de revenir à la charge, vous êtes tout étonné de voir que la patiente ne contracte plus ses muscles et vous faites

de ses organes génitaux une exploration aussi complète que vous le désirez. Que s'est-il donc passé dans l'intervalle? — C'est bien simple. Chacun des observateurs qui a examiné la femme en question a fait, soit méthodiquement, soit sans s'en douter, un certain degré de massage à la patiente et celle-ci n'a pas tardé à en ressentir les bons effets. La douleur très vive qu'elle ressentait tout d'abord a diminué progressivement ; comme corollaire à cette diminution de la douleur, son ventre est devenu plus souple, les muscles de la paroi antérieure se sont comme fondus entre les mains des différents explorateurs qui l'ont successivement examinée.

Allons, maintenant, au fond des choses et cherchons à analyser les causes de cette sédation de la douleur. C'est, certes, un fait intéressant à connaître que les effets du contact de deux surfaces vivantes.

Les anciens auteurs qui se sont occupés des actions de contacts prolongés n'ont pas donné de renseignements sur les phénomènes qui les accompagnent. Absorbés dans la recherche et la contemplation du prétendu fluide, les magnétiseurs ont lâché la proie pour l'ombre et « l'imposition des mains est restée pour eux une pratique routinière qui a sa raison d'être dans l'écoulement du « fluide ».

Il est très probable que cette diminution de la douleur tient au développement énorme de calorique qui se produit sur les lieux où sont placées les mains et il n'est pas douteux, d'un autre côté, que, quand les deux mains sont appliquées sur deux points voisins, l'action calorique ne soit plus intense.

On conçoit que, dans le cas qui nous intéresse tout spécialement, le palper-massage gynécologique, cette dernière condition se trouve tout particulièrement bien réalisée ; en effet, par un artifice facile à comprendre, les deux mains vont à la rencontre l'une de l'autre. Le développement de calorique est donc double et rayonne d'un point vers l'autre.

Ajoutez à cela que la main extérieure produit un massage léger, mais rapide, à la paroi abdominale, et vous comprendrez que cette chaleur dégagée au sein des organes génitaux de la femme soit assez intense pour amener un degré très appréciable d'analgésie.

En faveur de cette thèse que nous soutenons, il est une seconde raison, d'ordre un peu théorique, il est vrai, quoique certains faits puissent militer en sa faveur. Mesmer, Reichenbach n'ont-ils pas fait cette hypothèse : « que le corps est polarisé et que ses extrémités jouissent de propriétés distinctes » ? Pour ces auteurs, chaque individu serait comparable à une pile au sein de laquelle des courants variables s'établissent et se polarisent. Et, pourquoi donc, en effet, le contact ne jouerait-il pas, en biologie, un rôle au moins aussi important que dans les phénomènes inorganiques ?

Il n'est personne qui ne connaisse ces faits d'observation courante, qu'un grand nombre de personnes s'endorment en joignant les mains. On peut en conclure, semble-t-il, que le contact des deux mains avait une certaine influence sur la production du sommeil.

Nous comprenons mieux maintenant cette modifi-

cation de la douleur en gynécologie par le palper-massage.

Mais, me répondrez-vous peut-être, l'anesthésie n'amène-t-elle pas une suppression plus radicale encore de la douleur et, partant, ne sera-t-elle pas plus féconde en résultats pratiques que le palper-massage ? Certes, nous ne le pensons pas et nous avons de bons arguments qui viennent à l'appui de notre dire.

Nous ne nous étendrons pas sur la perte de temps qu'elle entraîne, sur les mesures de précaution qu'elle commande, sur les aides qu'elle nécessite, sur les désagréments et peut-être les dangers auxquels elle expose : nous voulons seulement parler de cette douleur qu'elle supprime.

L'anesthésie, en effet, qu'elle soit faite à l'aide de l'éther ou à l'aide du chloroforme, amène une résolution musculaire complète, détermine une perte de la sensibilité totale ; grâce à elle, vous pouvez trancher, couper les tissus comme sur la table d'amphithéâtre, sans amener la moindre défense de l'organisme, et il est aisé de comprendre les services immenses que cette méthode peut rendre à la chirurgie. Mais, en exploration, il y a un revers à la médaille ; évidemment, par l'anesthésie, vous ferez un examen large et complet des organes génitaux de la femme, sans même amener une ébauche de contraction de la paroi abdominale ; cela est très utile au diagnostic. Mais, ce qui est moins utile, c'est que la douleur de la femme a radicalement disparu sans laisser le moindre vestige de sa présence et qu'elle

ne réapparaît qu'avec la fin de l'anesthésie. Est-il besoin de dire, en effet, que l'existence de cette douleur provoquée et sa localisation exacte sont des éléments très utiles de diagnostic en gynécologie. Remarquez, au contraire, que, dans le palper-massage, nous avons une modification, une diminution, une atténuation de cette douleur, mais non pas une abolition absolue et radicale. La douleur sommeille et, pour la tirer de ce sommeil, l'explorateur, quand il le désire, n'a qu'à effectuer, avec le doigt vaginal, une pression un peu vive, il est ainsi renseigné sur cet important signe subjectif.

Quant aux altérations vasculaires et celluleuses, il va de soi que l'anesthésie ne saurait avoir sur elles aucune espèce d'action.

CONCLUSIONS

L'association d'un certain degré de massage à la palpation bi-manuelle constitue un puissant moyen d'exploration gynécologique.

Il est supérieur à la palpation hypogastrique simple, au toucher vaginal, et même à la palpation bi-manuelle sans massage.

Il agit en supprimant les stades vasculaires et les infiltrations celluleuses qui accompagnent toujours, à un certain degré, les affections utéro-annexielles et leur donnent un aspect prctéïque et trompeur.

De plus, il diminue suffisamment la douleur pour permettre un relâchement de la sangle abdominale, mais il ne la supprime pas radicalement. A ce point de vue il est bien supérieur à la chloroformisation

ou à l'éthérisation, car l'existence de la douleur et sa localisation sont des éléments de diagnostic utiles en gynécologie.

Par sa sûreté et sa précision, il nous met à l'abri des erreurs de diagnostic dans lesquelles on tombe si souvent à l'époque qui précède, accompagne ou suit la menstruation.

Vu :

Le Président de la Thèse,
FOCHIER.

Vu :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 av. il 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

Le livre de Thure-Brandt et surtout celui de Stäpfer nous ont fourni des documents très importants pour la confection de ce travail. Nous n'avons peut-être pas eu d'autre mérite que de classer leur idées, de façon à en former un faisceau d'arguments qui mette en relief la pleine valeur du palper-massage comme moyen de diagnostic en gynécologie. Disons, cependant que la dernière partie du quatrième chapitre — celle relative à la modification de la douleur par le palper-massage — ne découle pas de la lecture de ces deux ouvrages. Nous la devons à l'expérience personnelle que nous avons du palper-massage.

Nous allons, toutefois, citer pour mémoire, les auteurs qui nous ont fourni des renseignements accidentels sur cette question.

ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.

BAUDELOQUE. — Traité de l'Art des accouchements, 1807.

BONDET. — Thèse de Paris, 1857 : Recherches sur la nature et sur les causes des affections utérines.

CANTRU. — *Journal des Praticiens*, 1898.

DAILLY. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

ESTRADÈRE. — Thèse de Paris, 1863 : Du massage.

GIRAUD. — Thèse de Paris, 1831 : Phlegmasies aiguës des ovaires.

GUEMES. — Thèse de Paris, 1887 : L'hémato-salpingite.

HUCHARD. — *Académie de Médecine*, 12 juillet 1898.

LEVRET. — L'art des accouchements démontré par les principes de physique et de mécanique, 1766.

MORSTRÆM. — Traité du massage.

POZZI. — Traité pratique de Gynécologie.

PUZOS. — Traité sur les accouchements, 1759.

VELPEAU. — Traité complet de l'art des accouchements, 1835.

